Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Stoeckel)

Kritische Betrachtung der Fälle von Hyperemesis gravidarum aus den Jahren 1932-1938

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des medizinischen Doktorgrades an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Elisabeth Doms
aus Knarrhütte (Posen)

Tag der Promotion: 22. Oktober 1940

Druck: Karl und Richard Hoffmann, Charlottenburg, Schillerstr. 44

M 280

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Kreuz

Referent: Prof. Dr. Stoeckel

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Kritische Betrachtung der Fälle von Hyperemesis gravidarum aus den Jahren 1932—1938

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548011_0105

In den Jahren 1932—1938 wurden an der Universitäts-Frauenklinik Berlin 152 Erkrankungen an Hyperemesis gravidarum beobachtet. Davon suchten 88 Patientinnen die Poliklinik auf mit der Angabe, an unstillbarem Erbrechen zu leiden. Nach Erhalt von Diätvorschriften und Verordnung von Peremesin kamen sie nicht mehr in die Sprechstunde, sodaß nur 64 Patienten in der Klinik Aufnahme fanden und beobachtet werden konnten.

Mir fiel die Aufgabe zu, über diese 64 Erkrankungen einen kritischen Ueberblick zu geben.

Ich habe die 64 Patienten in 5 verschiedene Gruppen eingeteilt:

1. Fälle, die auf Bettruhe und Diät kein Erbrechen zeigten.
2. Patienten, die Erbrechen in der Klinik zeigten, nach einigen Tagen geheilt waren.
3. Fälle, die sich erst nach intensiver Therapie besserten.
4. Schwere Fälle, die trotz intensivster Therapie sich verschlechterten und bei denen eine Unterbrechung notwendig wurde.
5. Todesfälle, trotz ausgeführter Interruptio.

Erstens habe ich zu dem Krankheitsbegriff der Hyperemesis gravidarum und zur Aetiologie dieser Erkrankung,

zweitens zur Interkationsstellung bezüglich Schwangerschaftsunterbrechung und

drittens zur Therapie Stellung genommen.

Trotzdem die Hyperemesis gravidarum in der großen Gruppe der Schwangerschaftstoxikosen kein sehr seltenes sondern ein bekanntes Bild ist, sind die Kenntnisse über Wesen und Entstehung derselben trotz einer ungeheuren Fülle von Untersuchungen, Arbeiten und Besprechungen kaum mehr als Hypothesen. Dies ist um so bedauerlicher, weil schon die ältesten medizinischen Schriftsteller das Erbrechen der Schwangeren erwähnten, das meistens als sicherstes Zeichen der Frühgravidität galt.

Als erster beschrieb Soranus von Ephesus sehr schwere Fälle von Emesis, bei denen die Kranken nicht nur erbrachen, sondern an Kopfschmerzen, Angst und Sinnesverwirrungen litten. Im byzantinischen Reiche gaben auch schon zwei berühmte Aerzte zahlreiche Anweisungen über die Behandlung schweren Erbrechens, aber nirgends, — weder im Altertum noch im Mittelalter — wurde von einem Todesfall berichtet.

Ende des siebzehnten Jahrhunderts hatte Backmeister einen Zustand beschrieben, bei welchem in nüchternem Zustand und auch nach jeder Mahlzeit ein Brechreiz den anderen ablöste und bei welchem unter höchsten Anstrengungen sogar Blutgefäße im Rachen platzten. Ebenfalls sah auch Körber, Ende des 18. Jahrhunderts, nur das Erbrechen für gefährlich an, bei dem die Frauen Blut brachen oder spien, aber immer wurde bei ihnen eine Entzündung im Magen oder im Darm gefunden.

Von ganz verschiedenen Seiten kamen vor ungefähr 100 Jahren vereinzelte wirkliche Berichte über unstillbares Erbrechen Schwangerer mit tötlichem Ausgang. Die ersten gut untersuchten wirklich brauchbaren anatomisch-pathologischen Beobachtungen waren die im Anfang des 19. Jahrhunderts von Dance gemachten. Von dieser Zeit ab kamen ausführliche Berichte von allen Seiten über diese Fälle von Hyperemesis mit tötlichem Ausgang. Die reichste Erfahrung über die Todesfälle sammelte Dubois. Zwanzig Patienten hatte er zu beklagen, und als erster legte er großen Wert auf die Pulsbeschleunigung im 2. Stadium der Krankheit. Duncan wies auf die nahen Beziehungen zu schwerer Lebererkrankung hin, denn er erlebte einen Fall von akuter gelber Leberatrophie nach Hyperemesis, und äußerte als erster, daß als Ursache ein Giftstoff vorhanden sein müsse.

Gueniot stellte 118 Fälle von Hyperemesis mit 46 Todesfällen zusammen unter denen auch die 20 tötlich verlaufenen von Dubois waren.

Forschungen und Statistiken aus neuerer Zeit aber zeigten glücklicherweise, daß Todesfälle immerhin eine Seltenheit sind.

Im Wesen der Hyperemesis gravidarum liegt ein oft mehr, oft weniger unstillbares und dauerndes Würgen und Erbrechen, das nicht allein nach jeder Nahrung, ob fest oder flüssig, auftritt, sondern auch in vollkommener Unabhängigkeit von ihr. Nicht der Schleim- und Speiseinhalt des Magens, sondern auch Galle, Speichel und Blut werden auf antiperistaltischem Wege ausgeschieden. Das Erbrechen tritt zu jeder beliebigen Tageszeit auf, bald ohne jede seelische Erregung, bald im Anschluß an eine solche und kann ausgelöst werden durch besondere Geruchs-, Geschmacks-, Gesichts- und Gehörseindrückn, ebenfalls durch Hustenreiz. Oft geht eine schwere Hyperemesis gleichzeitig mit Ptyalismus einher, bei der große Speichelmengen bis 1,5 l erbrochen werden. — Dieses unausgesetzte Erbrechen hat als Folge der Ueberanstrengung der Bauchmuskulatur Magen-, Leber-, und auch costodiaphragmatische Schmerzen. (Seitz). Außerdem muß es zu einem beträchtlichen Flüssigkeitsverlust und zu einer Entwässerung des Organismus führen. Eine weitere Folge der dauernden Abgabe des Mageninhaltes durch das Erbrechen ist ein übermäßig starker Verlust an Salzsäure; er kann zu einer Chloropenie und Hypochlorämie und Chloridherabsetzung des Harnes führen. — Die Hypochlorämie kann zu dem sogenannten hypochlorämischen Erbrechen führen und es ist ein Circulus vitiosus hergestellt, da das Erbrechen die Hypochlorämie auslöst und diese wiederum das Erbrechen unterhält. Weiter führt das Erbrechen nicht nur zu Flüssigkeitsverlust und dem Verlust von Chloriden und Kalksalzen, sondern durch die mangelhafte Nahrungsaufnahme erfolgt ein starker Gewichtsverlust, da alle Stoffe, welche zum Aufbau und zur Funktion der Gewebe und Organe des mütterlichen und kindlichen Körpers nötig sind, fehlen. Durch die mangelhafte Aufnahme von Kohlehydraten ist der Glykogenschwund und die anschließende Erkrankung der Leberzelle zu erklären.

Bis heute hat sich die Hypothese von Anquentin, der sich über den neurologischen Ursprung der Hyperemesis ausspricht, eine große Anhängerschaft erhalten. Kaltenbach setzt sie in nahe Beziehung zur Hysterie und

Albrecht faßt sie als vegetative Neurose auf. Frey streitet die Hyperemesis als Schwangerschaftstoxikose und Stoffwechselerkrankung ab, und auch in neuerer Zeit tritt Kehrer für die psychogene Theorie ein und behauptet, daß die Hyperemesis perniciosa, bei der es sich um eine Lebererkrankung handelt, sich aus der rein psychogenen und aus der hysterischen herausbilden kann.

Einen großen Anteil beim Zustandekommen der Erkrankung mißt auch Seitz der Psyche bei.. Er glaubt, daß es durch die Umstellung des Körpers in der Schwangerschaft zu gesteigerter Erregbarkeit im parasympathischen System führt. Das sekundäre sei also das psychogene Moment, und so unterscheidet er ein neurotisches und ein toxisches Erbrechen. Das neurotische könne allein durch Hunger in das toxische übergehen, denn er beobachtete eine sehr große Anzahl von Kranken und vermutet, daß sie als Folge des Zellzerfalls im mütterlichen Organismus unter Einfluß der protolytischen Fermente des Trophoblasten zustande kommen kann. Nicht nur das ganze physico-chemische Gefüge aller Zellen werde verändert, sondern auch eine ungeheure Umwälzung im gesamten Drüsenapparat sei die Folge, deshalb gehe sie oft in eine Krankheit über, die sehr schwer sein und zum Tode führen kann.

Heynemann meint, daß die Hyperemesis gar keine psychische Erkrankung sei, denn bei den seltenen Todesfällen sind 1.) die Sektionsbefunde ganz andere wie die bei Verhungerten und bei Verdursteten, daß 2.) sich auch klinisch Zeichen einer Lebererkrankung bemerkbar machen, 3.) Veränderungen hormonaler Art nachzuweisen sind, 4.) Zufuhr von Eiweiß und Fett eine Verschlimmerung der Erkrankung hervorrufen, 5.) psychisch ganz gesunde Frauen erkranken können, 6.) daß Scheinunterbrechungen nicht immer zum Aufhören des Erbrechens führen, daß 7.) es nicht wahrscheinlich ist, daß die psychische Abwehrreaktion sich immer in Erbrechen äußern soll.

Winter's Lehre geht dahin, daß eine Hyperemesis auf nervöser Grundlage den geschwächten Körper so schädigt, daß es zu einer Ansammlung des Giftes im Körper (Toxämie) kommt. Diese Auffassung erklärt auch das Auf-

treten bei disponierten organisch gesunden Frauen und auch den Erfolg der Suggestion. Das Auftreten der Dysfunktion ist nach Winter nicht in einem pathologischen Vorgang bei der Frucht zu suchen, sondern in einer Insuffizienz der mütterlichen Organe, die durch Hunger und damit durch die Entkräftung bedingt sei.

Wenn man die ungeheure Fülle der Literatur über Hyperemesis gravidarum durchsieht, so kann man sich des Eindruckes nicht erwehren, als ob jeder Autor seine eigene Auffassung von dem Ursprung der Krankheit zu haben scheint.

Säker und Dahlheim fassen den Zustand als Avitaminose auf. Der Vitaminmangel wurde herbeigeführt durch das anhaltende, anfangs psychogene Schwangerschaftserbrechen. Infolge einseitiger KH-Nahrung entsteht ein B_1-Mangel, der seinerseits wieder Erbrechen und Resorptionsstörung hervorruft.

Zoeller macht die Vergiftung mit fötalen Stoffwechselprodukten infolge des väterlichen Eiweißteiles verantwortlich und David die Anaphylaxie gegenüber väterlichem Eiweiß.

Sellheim sieht die Schwangerschaftstoxikosen als Kultur- und Fortpflanzungskrankheiten an.

Offergeld hält sie für eine konstitutionelle Erkrankung, da er „sie in vielen Familien antrifft, wo sich der gleiche Zustand bei allen, oder wenigstens sehr vielen weiblichen Mitgliedern in der Tragzeit nachweisen läßt, wo er sich gewissermaßen vererbt, indem man die gleichen Erscheinungen in der Ascendenz und in den Seitenkettem findet.“ Darum glaubt er an eine Minderwertigkeit des Nervensystems und daran, daß dieses Krankheitsbild nicht durch Hungerkuren gebessert, sondern nur verschlechtert wird.

Lieschke stellt eine starke Zunahme von Hyperemesisfällen in den letzten Jahren fest und findet als Grund eine zu reiche Ernährung mit fettbildenden Stoffen und einen Mangel an Kohlehydraten. Er hält sie für eine ausgesprochene Kulturkrankheit, da man bei den wilden Völkern ähnliche Erscheinungen nicht feststellen kann.

Drazančič schließt sich der Meinung an, die da

sagt, daß die Hyperemesis durch einen allergischen Zustand hervorgerufen wird, wohin der Organismus wegen Einfluß fetaler Eiweißstoffe gerät.

Engelhard, auch Anselmino und Hoffmann halten auf Grund ihrer Untersuchungen hormonale Einflüsse für die Entstehung für verantwortlich, da sie im Zusammenhang mit den Befunden, die eine vermehrte Schilddrüsentätigkeit in der Schwangerschaft ergaben, wesentlich erhöhte Werte an Schilddrüsenhormonen im Blute finden. Außerdem bestehen nach Anselmino Störungen in der Funktion der Nebennierenrinde.

Kretschmar, Anderson, Kessler und Albers machen auf die starke Hypochlorämie aufmerksam, die durch dauerndes Erbrechen hervorgerufen wird. An erste Stelle — im Gegensatz zu Seitz — stellt Kretschmar das psychogene Erbrechen. Unter Umständen komme es dann zur Chlorämie im weiteren Sinne, deren eines Symptom eben schweres unstillbares Erbrechen ist.

Weiß wieder hat in den ersten Schwangerschaftsmonaten ein Sinken des Cholesteringehaltes des Blutes festgestellt, das zu verschiedenen hyperaciden Magenbeschwerden Veranlassung geben soll.

Cocq wendet sich gegen die Meinung, daß das Erbrechen ausschließlich neuropathischen Ursprungs sei.

Nach Schultze-Rhonhoff ist das Schwangerschaftserbrechen vorwiegend eine Erkrankung der Verheirateten. In sehr vielen Fällen komme es durch die Dyskrasie zur Sensibilisierung des Brechzentrums und des Vagus, zu einer Herabsetzung der nervösen Reizschwelle. „Trifft den so sensibilisierten Organismus der Schwangeren irgend ein seelischer Affekt, so reagiert er auf diesen unter Umständen in der Form der Hyperemesis, aber meist nur dann, wenn ein entsprechender seelischer Resonanzboden vorhander ist. Er findet sich gewöhnlich im Milieu der Familie, also vorwiegend bei der Ehefrau und nicht bei der Unverheirateten".

Voron sagt: es besteht bei jeder Frau zu Beginn der Schwangerschaft eine Störung im autonomen Nervensystem, sodaß man jede Frau eine potentielle Hyperemesiskranke nennen kann. Zur Auslösung des Krankheitsbildes braucht

es dann nur eine ernstere Störung einer endokrinen Drüse, oder einer besonderen Reizbarkeit des autonomen Nervensystems. Die Prognose hängt immer vom Wasserverlust ab. Solange die Zellflüssigkeit nicht angetastet wird, ist eine Heilung möglich. Wenn aber die Entwässerung so weit vorgeschritten ist, daß auch der Wasserbestand der einzelnen Zelle angegriffen wird, dann ist jede Therapie umsonst.

Aus dieser kurzen Zusammenfassung ist bereits ersichtlich, daß diese vielen bestehenden Erklärungen und Hypothesen wohl den Mechanismus des Krankheitsbildes, nicht aber den primären Ursprung des Erbrechens erklären können.

In einer nicht geringen Anzahl von Beobachtungen an Hyperemesiskranken ist das Leben der Schwangeren durch die schwere Toxikose gefährdet. Aber die Prognose der Erkrankung und damit die Indikationsstellung zum entscheidenden Eingreifen sind noch unklar. Aus allen Arbeiten geht hervor, daß die Entscheidung über den Zeitpunkt des notwendigen Eingreifens die größten Schwierigkeiten bereitet, denn die Ansichten, welche Symptome bereits als Beginn der Toxikose aufzufassen sind gehen weit auseinander. Den Grad der Schwere der Krankheit durch komplizierte Reaktionen zu bestimmen, ist nicht angängig, auch gehen die Meinungen über ihren praktischen Wert weit auseinander, und so geben die Stoffwechseluntersuchungen und Funktionsprüfungen, — was die Indikationsstellung zur Unterbrechung anbetrifft, — keine brauchbaren Resultate. Oft ist jede Therapie machtlos und selbst die Unterbrechung der Schwangerschaft hat den letalen Ausgang nicht verhindern können.

Acetonurie allein ist keine Indikationsstellung zur Unterbrechung. Bokelmann und Bock haben eine quantitative Bestimmung der Ketonkörper im Blut vorgeschlagen und Bokelmann hat bei 400 und 250 mg% wegen bedenklicher Begleiterscheinungen unterbrechen müssen.

Bedeutugnsvoller ist der Nachweis eines erheblichen Bilirubingehaltes über 2 mg im Blut. Er ist seltener als die Acetonurie und auf wirklich schwere Fälle beschränkt.

Darnach bestimmt Seitz die Schwere der Intoxikation. Doch muß auch bei ihr vor einer Ueberschätzung gewarnt werden. (Heynemann und Inoue.)

Amerikanische Autoren haben Leberfunktionsprüfungen mit Tetrachlorphenolphtalein angegeben und ebenso schlägt Schmidt eine Leberfunktionsprüfung vor, um die Schwere des Zustandes zu erkennen.

Sawasaki hat die Menge der Hypophysenvorderlappenhormone im Harn bestimmt und bei den schwersten Fällen 30—40mal so hohe Werte wie bei normaler Schwangerschaft gefunden.

Herold wieder glaubt in einer erhöhten Porphyrinausscheidung den Zeitpunkt des Eingreifens erkennen zu können.

Brindeau's Versuche geben in den schwersten Fällen die höchsten Prolanwerte und Anselmino und Hoffmann bestätigten Brindeaus's Versuche durch Nachuntersuchungen. Aber auch sie geben, was die Indikationsstellung zur Unterbrechung anbetrifft, keine verwendbaren Resultate.

Frey glaubt die Indikationsstellung zur Unterbrechung bei einem Anstieg der Reststickstoffwerte bei 60 mg% als gegeben. Dagegen hat

Eufinger festgestellt, daß es gerade die leichten Fälle sind, die oft erhöhte Reststickstoffwerte zeigen, während Fälle, bei denen sich eine Unterbrechung notwendig macht, Werte unter 40 mg% haben. Darum gibt die Untersuchung des Rest-N-Gehaltes im Blute wohl Anhalt über den intermediären Eiweißstoffwechsel, kann aber über den Zustand der Niere oder über die Schwere der Erkrankung keinen Anhaltspunkt verschaffen. Ebenso geben nach Eufinger erhöhte Indikanwerte keine Nierenfunktionsstörung an, sondern erhöhte Werte haben ihre Ursache in dem andersartigen Funktionieren des Eiweißabbaus.

Sehr wichtig (Benthin) ist dagegen das Auftreten von erheblichen Eiweißmengen und Zylindern im Harn.

So sieht Whitridge das Auftreten von Albumen und Zylindern erst in den letzten Lebenstagen oder -stunden, dann wenn schon jede Hilfe zu spät kommt, denn sie zeigen bereits die ausgebildete Toxikose an.

Allein maßgebend für die Schwere scheint die genaue Beobachtung des Allgemeinbefindens der Kranken zu sein. (Guthmann, Rupp.)

Winter hält in seinem Buche — über den künstlichen Abort — folgenden Symptomenkomplex für gefahrkündend:

1. Arhythmie des Pulses,
2. Erhöhung der Körpertemperatur,
3. Albuminurie und Zylindrurie,
4. Zerebrale Reizsymptome,
5. Ikterus,
6. Störung des Allgemeinbefindens, bestehend in:
   Verfall der Kräfte,
   trockener Zunge,
   hohlem Gesichtsausdruck,
   Neigung zu Ohnmachten und Kollapsen,
   Abnahme der Geistesfunktion.

Diese Störungen gehen meistens 1—2 Tage dem Manifestwerden der Toxikose voraus, jedoch soll bereits das Auftreten eines dieser Symptome die Unterbrechung rechtfertigen.

Guthmann steht Winters Lehre skeptisch gegenüber, denn wenn man mit der Unterbrechung immer solange wartet, bis neben starker Pulserhöhung und Anstieg der Temperatur auch Eiweiß im Urin auftritt, dann kann der Eingriff oft zu spät kommen..

Nach Ansicht von Nolens ist es möglich eine nie versagende Behandlung einzuleiten, sofern diese frühzeitig genug einsetzt. Den künstlichen Abort hält er für eine unheilvolle und unlogische Handlung. Dadurch glaubt die nervös stigmatisierte Frau bei jeder neuen Gravidität, daß der künstliche Abort ein unvermeidliches Uebel sei.

Philipp sagt, daß, wenn folgende Trias, — Absinken der Harnmenge, Erhöhung des Rest-N und das Auftreten von Leucin und Tyrosin — zutrifft, unverzüglich eingegriffen werden muß.

Keine der Laboratoriumsmethoden gibt nach Seitz einen Aufschluß darüber, ob eine schwere Leberschädigung vorliegt und ob eine Anzeige zur Schwangerschaftsunterbrechung gegeben ist.

In der Berliner Universitäts-Frauenklinik wurde auf das Allgemeinbefinden größter Wert gelegt. Fieber, Arrhythmie, Ikterus, positive Leucin- und Tyrosinreaktionen und erhöhte Rest-N-Werte waren ein Grund sofort die Unterbrechung einzuleiten.

Soviele verschiedene Hypothesen über die Aetiologie und das Wesen der Hyperemesis, ebensoviele verschiedene Meinungen, wann eine Interruptio graviditatis einzuleiten ist, und dementsprechend viele verschiedene Ansichten über die Therapie.

Unter Einfluß einer psychischen Einwirkung ist oft das Aufhören des Erbrechens Schwangerer zu beobachten, doch ist andererseits der gleiche Erfolg nach Anwendung verschiedener Heilmittel verzeichnet, deren Wirkung — wie man gewöhnlich annimmt — einen Vorgang von larvierter Suggestion in sich birgt. In einer großen Anzahl von Fällen ist ein günstiger Effekt schon in der Beruhigung, freundlichem Zureden, Isolierung zu erzielen.

Nach Nolens und Kehrer kommt in erster Linie der Entfernung aus dem Familienmilieu die Hauptbedeutung zu.. Außerdem Ausfindigmachung der Unlustfaktoren und Ausschaltung derselben durch Belehrung, Ueberredung, Suggestion, Hypnose, Stärkung des Willens zum Kinde, Aufklärung der Frau über die Fortpflanzung, sowie über die Freuden der Mutterschaft und nicht zuletzt für das Leben der Nation. Daneben Medikamente und Diät, Behandlung durch Nervina und Narcotica, mit reichlicher Zufuhr von Kalk und Vitamin B. In schweren Fällen intravenöse Dauertropfinfusionen einer isotonischen Traubenzuckerlösung (1000—2000 ccm pro die). Dabei täglich Gaben von Insulin, die zur Glykogenvermehrung in der Leber führen. Oft sind auch Dauertropfeinläufe mit physiologischer Kochsalz- und Ringerlösung nötig. Das alles sind wohl die heute gebräuchlichsten Methoden zur Bekämpfung der Erkrankung.. — Außer dieser Therapie werden sehr viele andere therapeutische Mittel angeboten. So behandelt Aburel seine Patientinnen durch Anästhesierung des zentripetalen Uterusweges des Plexus lumboaorticus. Er injizierte 30 ccm 1 % Novocain, bzw. Percain

(0,5 %) und erzielte damit in den von ihm beobachteten Fällen Aufhören des Erbrechens.

Offergeld schlägt eine Behandlung mit Hormonen vor. (Corpus luteum und Ovarium).

Freemann und Melick behandeln mit Nebennierenrindenextrakten, die in leichten Fällen per oral und in schweren Fällen parenteral verabreicht werden.

Ebenso hatte Spitzer ausgezeichnete Erfolge mit der B_1-Nebennierenrindenhormonbehandlung. Wohl ist die Krankheit nicht mit Bestimmtheit auf Vitamin B_1-Mangel zurückzuführen, aber sie führt zu einem Vitamin B_1-Mangel. Darum Zufuhr von Vitamin B_1, denn seine Beziehung zum KH-Stoffwechsel ist erwiesen.

Anselmino rät zu einer Behandlung von je 10 ccm = 500 g Nebennierensubstanz, 2—3 Tage lang zu injizieren.

Sussmann hat nach Gaben von Nebenschilddrüsenextrakt bei gleichzeitiger Verabreichung von Calcium, einen Stillstand des Erbrechens gesehen. Bei 40 g Calc. täglich per os ist kein sicherer Einfluß wahrzunehmen, doch wird das sofort anders, wenn man 100 Einheiten Nebenschilddrüsenextrakt i. m. oder i. v. gibt.

Andere Autoren haben gute Erfolge mit Eigenharn-Injektionen (Fischer), andere durch Injektionen von Frauenmilch (Vyrenko).

Drazancic behandelt in der Annahme, daß die Hyperemesis durch einen allergischen Zustand hervorgerufen wird, in den der Organismus durch den Einfluß fetaler Eiweißstoffe gerät, viele Fälle mit Desensibilisierung durch 50 % Lösung von Pepton Witte, welches intracutan verabreicht wird und zwar am:

1. Tag 0,10 ccm
2. Tag 0,20 ccm

am 3.—10. Tage, evtl. auch bis zum 20. Tage 0,30 ccm. Meistens zeigt sich schon der Erfolg nach der 3.—4. Injektion und nach der 10.—12. hört das Erbrechen auf. Durch die angewandten Peptoninjektionen wird der Organismus der Frau sensibilisiert was durch starke positive Cutisreaktionen und besonders durch die Nekrose der Haut als Ausdruck einer hyperergischen Entzündung gekennzeichnet ist.

Mc Gowan brachte mittels einer Duodenalsonde 40 ccm Bariumbrei in das Duodenum. Er sah im 2. Duodenalabschnitt einen deutlichen Spasmus. Der Pylorus erweitert sich und es erfolgt ein Rückfluß des Bariums in den Magen, dessen Tonus nachläßt. Nach Inhalation von Amylnitrit stellen sich die normalen Verhältnisse wieder her. Er hat 12 Patienten, die an Hyperemesis erkrankt waren, mit 0,0006 Nitroglycerin behandelt, bei denen die übliche Therapie erfolglos geblieben war.. Die Resultate waren überraschend, denn in 2 Tagen war das Erbrechen verschwunden. Besonders gut waren die Erfolge, wenn das Medikament 10 Minuten vor dem Essen unter die Zunge gelegt wurde. Niemals hat er eine Schädigung gesehen.

Cocq berichtet über günstige Ergebnisse nach der Obstipationsbekämpfung.

Seyfardt hat gute Resultate nach einer Behandlung mit Puracitin-S, einer Kombination von Aluminiumsilikat mit Traubenzucker und Fruchtsäure.

Schmidt (Halle) nach Progravid-Ceriumoxydulat mit Phenazitin und Amidophenazon. Noch günstiger sind seine Erfolge mit dem C-Vitaminpräparat Cantan-Bayer. (als Injektion jeden 2. Tag).

Mühle behandelte 20 Hyperemesiskranke mit Campolon. Die Patienten bekamen jeden 2. Tag 2 ccm i. m. und er hatte keinen Versager dabei.

Heller glaubt festgestellt zu haben, daß beim Sperma ähnliche Verhältnisse bestehen wie beim Blut d. h., daß, wenn Mann und Frau verschiedenen Blutgruppen angehören, auch das Sperma giftig wirke und zur Hyperemesis führe. Zur Behandlung hat er in 9 Fällen mit bestem Erfolg 5—20 ccm Blut den Männern entnommen und den Müttern jeden 2. Tag intramuskulär eingespritzt.

Endlich Monaldi bläßt Luft in die Bauchhöhle der Schwangeren.

In weniger schweren Fällen mag man allein mit Diät Ruhe, Narcoticis auskommen, in Fällen von ausgesprochener Toxikose wird man zu der Behandlung Insulin-Zucker übergehen müssen, da die Stoffwechselstörung auf den Kohlehydrathunger des Körpers zurückzuführen ist. Die größte Aufgabe fällt der Leber zu, weil die Eiweiß-

und Fettdepots angegriffen werden müssen, um durch Ab- und Umbau die nötigen Kohlehydratmengen dem Körper zu verschaffen.. Bei diesem Ab- und Umbau entstehen in der Nebenproduktion saure Abbaustoffe = Ketonkörper, welche durch den Harn ausgeschieden werden. Je mehr die Leber geschädigt ist, desto hochgradiger ist die Säurebildung.

Da wegen fortgesetzten Erbrechens Kohlehydrate per os nicht gegeben werden können, versuchten zum ersten Mal Titus und Givens diesen Mangel durch intravenöse Traubenzuckerzufuhr zu beheben. Thalhiner verabfolgte außer Glukose auch noch Insulin, um das aus dem Zucker gebildete Glykogen an die Leber zu fixieren. Leider haben sich die Hoffnungen, die man auf den therapeutischen Effekt der kombinierten Glukose-Insulinbehandlung setzte, nicht ganz erfüllt. Wohl könnte der Kohlehydrathunger der Organe durch Traubenzucker gestillt werden, aber in schweren Fällen ist die Leber der Hyperemesiskranken nicht mehr in der Lage den Traubenzucker in Glycogen umzuändern und zu speichern, — eine Fähigkeit, die die Leber gesunder Schwangerer besitzt. Caffier betont, daß es noch nicht sicher erwiesen ist, daß das Insulin eine glykogenfixierende Wirkung besitzt, sondern, daß ihm sehr komplexe Wirkungsmöglichkeiten zuzuschreiben sind. Daraus lassen sich die verschiedenen Mißerfolge der Insulintherapie erklären.

Heesch, Akinoff, Kroupenin behaupten durch Insulin überhaupt keinen Erfolg gesehen zu haben und sagen, daß diese Behandlung resultatlos sei.

Umber, der bei Hyperemesis die Wasserstoffwechselstörung besonders betont, weist darauf hin, daß Gewichtszunahmen auf einer Wasseranreicherung im Körper beruhen.

Caffier rät die Therapie Glukose-Insulin zu modifizieren und Lävulose statt Glukose dem Körper zuzuführen, weil eine leichtere Verwertbarkeit für den Organismus bestehe.

Bei der Betrachtung des von mir in der Klinik gesammelten Krankenmaterials folgen als Erstes 21 Patientinnen,

die nach Milieuwechsel und Diät niemals in der Klinik Erbrechen zeigten, aber mit dem Verdacht und der Annahme an Hyperemesis zu leiden Aufnahme gefunden hatten. Sicherlich spielte in mehreren Fällen die veränderte Umgebung der Klinik allein eine ausschlaggebende Rolle, andererseits wird man bei einigen Patientinnen das Täuschungsmanöver mit dem Wunsche die lästige Schwangerschaft loszuwerden nicht in Abrede stellen.

Fall 1.

Frau H. S, 32 Jahre alt, 1 gravida, eine stark adipöse Patientin, die sich im 4. Monat der Schwangerschaft befindet und angibt vorher immer gesund gewesen zu sein, aber seit 14 Tagen dauernd und alles zu erbrechen. Bei der Untersuchung des Herzens hört man ein leichtes systolisches Geräusch über der Spitze. Der Urin ist frei von Aceton und Acetessigsäure. Nachdem sie am 1. Tage einmal ganz wenig erbrochen hat und nach gemischter Kost niemals mehr erbrach, wurde sie entlassen.

Fall 2.

Frau M. M., 38 Jahre alt, ist eine 6 gravida, die am Anfang des 3. Schwangerschaftsmonats in die Klinik kommt. Sie gibt an niemals vorher krank gewesen zu sein und bei ihren früheren Schwangerschaften niemals erbrochen zu haben. Seit ca. 4 Wochen aber seien Uebelkeit und Erbrechen so stark, daß sie 10 Pfund an Körpergewicht abgenommen habe. — Der Urin ist frei von Eiweiß und Aceton. Sonst fand sich bei der Untersuchung ein Fundusmyom. Bei voller Kost zeigte sich niemals Erbrechen, sodaß sie nach 7 Tagen gesund entlassen wird.

Fall 3.

Gute Gewichtszunahme von 6 Pfund in 5 Tagen zeigte Frau E. P., 25 Jahre alt, 2 gravida. Sie hatte vorher eine normale Geburt und befand sich am Ende des 2. Schwangerschaftsmonats. Ueber dauerndes Erbrechen hatte sie zu klagen und über 10 Pfund Gewichtsverlust. Nach leichter Diät erbrach sie niemals mehr und fühlte sich in der Klinik sehr wohl. Die gleichen Erfahrungen wurden mit Frl. E. P.

Fall 4 gemacht. Auch sie erbrach in der Klinik niemals.

Fall 5 und 6.

Frau G. G. und Frl. M. L., beide 2 gravida, 21 und 28 jährig, die außer Erbrechen auch über Ohnmachten klagten. Beide wurden nach 3 Tagen Klinikaufenthalt gesund entlassen, da sich weder Erbrechen noch Ohnmachten zeigten.

Fall 7 und 8.

Frl. I. Sch. und Frl. E. St. beide 20-jährig, 1 gravida wollten je 24 und 20 Pfund in kurzer Zeit abgenommen haben. Von ihrer An-

wesenheit an behielten sie unter Peremesin und eisgekühlten Getränken alle Nahrung bei sich, aßen mit sehr gutem Appetit und nahmen etwas zu.

Fall 9.

Frau I. R. 30 Jahre alt wurde vom Arzt wegen Hyperemesis und starken Magenschmerzen eingewiesen. In einer Woche konnte die Patientin entlassen werden. Sie hatte nie erbrochen, gut geschlafen und fühlte sich sehr wohl. Bei der Untersuchung fand man WaR |, Mein. +, Kahn +.

Fall 10 und 11.

Frau H. N. und Frau H. L. am Ende des 2. Schwangerschaftsmonats kamen sehr matt und elend, mit angeblich mehreren Pfund Gewichtsverlust in die Klinik. Im Urin fand sich Aceton | und Acetessigsäure +. Die Patientinnen erholten sich auffallend schnell und konnten nach 5 bzw. 6 Tagen mit 4 und 5 Pfund Gewichtszunahme entlassen werden. Das Allgemeinbefinden war gut, der Urin frei von Aceton und Acetessigsäure.

Fall 12 und 13.

Frau C. W. und F. W., zwei Patientinnen, die vom Arzt eingewiesen wurden, bei denen aber während des Klinikaufenthaltes keine Spur von Erbrechen beobachtet wurde.

Fall 14, 15 und 16.

Frau K. R., Frau E. N. und Frau A. B. versuchten am ersten und zweiten Tage außer Limonade nichts zu sich zu nehmen, weil sie angeblich Furcht hatten alles zu erbrechen. Am 3. Tage aber gaben sie — wohl durch Hunger — ihren Widerstand auf und konnten nach 5 Tagen mit 3, 4, und 5 Pfund Gewichtszunahme und keinerlei Erbrechen entlassen werden.

Fall 17 und 18.

Frau A. R. und Frau G. E., die ebenfalls angaben, sehr elend zu sein vom dauernden Erbrechen. Die erste wünschte selbst am 2. Tage nach Hause zu gehen, weil es ihr gut ging, die zweite hatte nur leicht gespuckt und 5 Pfund in einigen Tagen zugenommen. Sie fühlte sich wohl und verließ gesund die Klinik. — Anders sah es bei

Fall 19.

Frau C. P., 25 Jahre alt, gravida im 4. Schwangerschaftsmonat aus. Sie war seit 5 Jahren immer magenleidend und hatte deshalb öfter im Krankenhaus gelegen. Vor 2 Jahren hatte sie eine Nervenerkrankung und war jetzt noch immer gereizt und nervös. Dauernd hatte sie zu Hause erbrochen, aber während des Klinikaufenthaltes nie. Jetzt fühlte sie sich sehr wohl und sie gab an, daß ihr die Ruhe — ohne Familie — so gut bekommen sei.

Fall 20.

Frau L. G., 29 Jahre alt, 1 gravida im 4. Schwangerschaftsmonat ist eine sehr nervöse Patientin. 1936 hat sie wegen Depressionszuständen 3 Wochen im Krankenhause gelegen. Seit ca. 4 Monaten würde sie dauernd erbrechen und an Brechreiz leiden. Nach 3 Tagen Bettruhe und eisgekühlten Getränken kann sie entlassen werden, da sich niemals Erbrechen zeigte.

Fall 21.

Frau A. V., 40 Jahre alt, 2. Schwangerschaftsmonat. Vor 12 Jahren Spontangeburt, aber in der 1. Schwangerschaft hat sie angeblich von 125 Pfund bis 85 Pfund abgenommen, weil sie in der ganzen Zeit erbrochen und danach einen Herzfehler und allgemeine Nervenschwäche zurückbehalten hat. Nachdem sie jetzt 2 Monate gravid ist, hat sie durch dauerndes Erbrechen schon wieder 19 Pfund abgenommen. Nach 7 Tagen wird sie entlassen. Sie hat nicht erbrochen, hat dauernd an Gewicht zugenommen, Aceton im Urin war immer negativ.

25 Patientinnen gehören zu der 2. Gruppe, die Erbrechen in der Klinik zeigten, bei denen aber in wenigen Tagen eine Besserung erfolgte.

Schon Seitz und Winter haben beobachtet, daß die Hyperemesis häufig mit mehr oder latent verlaufender Pyelitis einhergehe. Auch Mirabeau und Liegner haben einige Fälle gesehen. Die einzige Kranke der Klinik war

Fall 22,

eine Patientin, die an Pyelitis erkrankt war. Frau A. D., 21 Jahre, die am Ende des 2. Schwangerschaftsmonats zur Beobachtung kam. Sie hatte seit 3 Wochen mehrmals täglich Erbrechen, sowohl nach jeder Nahrungsaufnahme als ohne diese. In der Klinik bekam sie an Medikamenten täglich 4 Tabletten Peremesin, Schleimdiät und eisgekühlte Milch. Nach 3 Tagen ließ das Erbrechen nach, aber beim ersten Aufstehen war es sofort wieder da. Erst auf geringe Bromgaben besserte sich der Zustand, so daß nach 11 Tagen die Patientin gesund entlassen werden konnte. Auch die Pyelitis hatte sich gebessert.

Fall 23.

Frau H. M. wurde vom Arzt wegen Hyperemesis eingewiesen. Sie war im 2. Schwangerschaftsmonat und hatte zu Hause dauernd erbrochen. Bei der Untersuchung des Herzens fanden sich stark systolische Geräusche über der Aorta und Arteria pulmonalis, leicht praesystolische Geräusche über der Mitralis. Urinbefund negativ. — Sie erhält sofort Heydentabletten, Schleimsuppe, eisgekühlte Limonade und das Erbrechen verringert sich am 3. Tage, hörte am 5. Tage auf. Nach langsamer Koststeigerung konnte die Patientin nach 10 Tagen entlassen werden.

Fall 24.

Eine äußerst sensible Patientin war Frau F. G., die vom 2. Monat an starkes Erbrechen hatte. Allein schon der Milieuwechsel schuf Besserung des Erbrechens. Der Effekt wurde unterstützt durch Bromgaben per Clysma, die durch Präparat Heyden ersetzt wurden als sich eine Akne bemerkbar machte. Zum Schluß vertrug sie volle Kost, das Gewicht war um 3½ Pfund gestiegen, Aceton und Acetessigsäure, die am Anfang positiv, waren verschwunden. Nach 20 Tagen Entlassung.

Fall 25

war eine Kranke, die von Kindheit an Kopfschmerzen litt. Seit 15 Jahren waren dieselben vor und während der Menses unerträglich. Frau H. Z. hatte eine Spontangeburt und 2mal einen Abort gehabt. Jetzt war sie seit anderthalb Monat gravid und erbrach haltlos, auch wenn sie nichts gegessen hatte. Sie kam mit einer stark positiven Acetonreaktion. Nach Bromgaben, Narkoticis, Schleimdiät und eisgekühlter Milch war das Erbrechen am 6. Tage verschwunden. Nach 10 Tagen volle Kost, die gut vertragen wurde, nach 14 Tagen erfolgte Entlassung.

Fall 26.

Frau B. war eine schwere Psychopatin, sie wurde von einer anderen Klinik überwiesen, da man mit der nervösen Patientin nicht fertig werden konnte. Angeblich hatte sie 15 Pfund abgenommen, Aceton und Acetessigsäure waren positiv. Nach Opium-Belladonna-Zäpfchen, Brom, Istizin, Heydentabletten und Diät gelang es das Erbrechen zum Stillstand zu bringen. Nach 11 Tagen, da jede Kost vertragen wurde, erfolgte die Entlassung. —

Eine ebenfalls sehr nervöse Patientin war

Fall 27.

Frau H. B., die im 2. Monat schwanger war, über Erbrechen, starke Gewichtsabnahme und Herzschwäche klagte. Bei der Untersuchung waren die Herztöne leise, die Aktion war regelmäßig. Aceton und Acetessigsäure waren positiv. Nach 8 Tagen hörte das Erbrechen auf, die verordneten Heydentabletten konnten abgesetzt werden, Vollkost wurde gut vertragen und so konnte sie mit 4½ Pfund Gewichtszunahme völlig geheilt entlassen werden.

Fall 28.

Frau E. G., 32 Jahre alt, 2. Schwangerschaft, leidet an dauernden Kopfschmerzen, die sich mit einem anhaltenden Erbrechen seit dem 2. Schwangerschaftsmonat eingestellt haben. Sie kann gar keine Nahrung zu sich nehmen, sofort beginnen Magenschmerzen und das Erbrechen setzt ein. In der Klinik hört das Erbrechen und das Würgen nach Diät, Peremesin und Bromklysmen in 7 Tagen vollständig auf und ebenfalls von Kopfschmerzen frei, kann sie geheilt entlassen werden.

Fall 29.

Ebenfalls konnte Frau E., die sich seit der Geburt des 1. Kindes immer elend fühlte und vor 2 Jahren wegen Eierstocksentzündung im

Krankenhause lag und jetzt wegen unstillbaren Erbrechens die Klinik aufsuchte, nach 4 Tagen geheilt entlassen werden. Naujoks hat betont, daß Erbrechen auch bedingt sein kann durch Adhäsionen nach Appendektomie sowie bei peritonitischer Reizung, gleichgültig welcher Aetiologie.

Nolens vertritt die Ansicht, daß die Schwangere, bei der schon einmal wegen Hyperemesis eine Unterbrechung gemacht worden ist, bei jeder neuen Schwangerschaft dieselbe verlangt.

Fall 30, 31, 32.

Diese Patientinnen scheinen seiner Ansicht recht zu geben. Frau A. Sch., 26 Jahre alt, hat schon 2mal einen Nervenzusammenbruch gehabt, außerdem eine Nierenbecken- und eine Eierstocksentzündung. Vor 2 Jahren wurde hier bereits eine Interruptio wegen Hyperemesis gemacht und jetzt im 2. Monat der Schwangerschaft klagt sie wieder über Kopfschmerzen und dauerndes Erbrechen. Sie findet in der Klinik Aufnahme, aber ihrem Wunsche nach Unterbrechung wird nicht stattgegeben, da nach 5 Tagen das Erbrechen behoben und jede Kost vertragen werden kann.

Die Schwangerschaftsunterbrechung hatte bei Frau E. H. bereits 2mal vor 5 und 3 Jahren, wegen Hyperemesis gemacht werden müssen. Sie kam ebenfalls mit Schwangerschaftsbeschwerden und dem Wunsche nach Unterbrechung. Nach 3 Tagen Diät, eisgekühlten Getränken, Peremesin Aufhören der Beschwerden und Entlassung.

Auch bei Frau M. S. ist im vergangenen Jahre eine Interruptio wegen Hyperemesis gemacht worden. Jetzt gibt sie nach dauerndem Erbrechen einen Gewichtsverlust von 14 Pfund in kurzer Zeit an. Sie verlangt Unterbrechung. Nach 5tägiger Behandlung ist sie völlig hergestellt und kann nach Hause entlassen werden.

Fall 33.

Frau F. Sch. war als Kind schon immer nervenkrank. In der vorhergehenden Schwangerschaft kommt sie mit den gleichen Klagen. Milieuwechsel, Brom, Diät und Narcotica veranlassen bald ein Aufhören der Beschwerden.

Fall 34.

Frau G. Sch. kam mit der Angabe: starkes Erbrechen und 10 Pfund Gewichtsverlust in die Klinik. Sie war ebenfalls eine sehr nervöse Patientin, klagte über Schlaflosigkeit und Brennen im Magen. Unter Peremesin, Natr. Brom-Einläufen- und eisgekühlten Getränken besserte sich das Befinden wesentlich. So konnte sie mit einer leichten Gewichtszunahme entlassen werden.

Fall 35, 36

sind Patientinnen, die obwohl gebessert entlassen, nach wenigen Tagen in die Klinik kamen. Beide wünschten Interruptio, doch wurden sie nach erneuter Behandlung beide geheilt entlassen.

Mit der Angabe 17 Pfund abgenommen zu haben kommt Frau E. G.
Fall 37
in die Klinik. Es findet sich bei ihr eine stark positive Acetonreaktion und ebenfalls Essigsäure im Urin. WaR positiv. Nach 5 Tagen kann sie entlasssen werden, bleibt aber weiter in ärztlicher Behandlung.

Fall 38.

In 3 Tagen haben bei Frau B. St. die angeblichen Beschwerden aufgehört, wenn sich auch noch immer Aceton im Urin fand.

Fall 39.

Frau H. R. war seit längerer Zeit gallenleidend. 2mal hatte sie eine Entzündung und Gelbsucht. Darum hatte sie das dauernde Erbrechen zunächst auf die Gallenblase bezogen, umsomehr als sich ein Druckschmerz in der Gallenblasengegend befand. Im Urin waren — neben Aceton — Urobilin und Urobilinogen positiv. Nach der Behandlung hörte das Erbrechen auf und die Patientin ging in wenigen Tagen mit 3 Pfund Gewichtszunahme nach Hause; doch ob in diesem Falle eine Hyperemesis vorlag, erscheint zweifelhaft.

Der lebhafte Wunsch nach Unterbrechung scheint in einer ganzen Reihe von Fällen beim Zustandekommen einer wirklichen Hyperemesis mit positivem Urinbefund ein wesentlicher Faktor zu sein. Beispiele sind:

Fall 40, 41, 42.

Diese Frauen wurden angeblich wegen starker Hyperemesisbeschwerden aufgenommen. Sie klagten über große Gewichtsverluste. Frau E. P., eine besonders nervöse Patientin sogar über 30 Pfund. Im Urin fanden sich bei allen dreien starke Acetonreaktionen, und alle hatten nur den Wunsch nach Beseitigung der Schwangerschaft. Nach Narkoticis, Diät und Bromclysmen besserte sich bald der Zustand, das Erbrechen hörte auf und nach zunächst beobachtetem geringem Gewichtsverlust kam etwas Zunahme. Nun konnten sie entlassen werden.

Fall 43.

Frau G. E. erbricht seit einem Monat sehr häufig. Die Urinuntersuchung zeigt: Aceton, Acetessigsäure, Urobilin und Urobilinogen. Ihr Gewicht ist stark reduziert und sie fühlt sich sehr elend. Während ihres Klinikaufenthaltes nimmt sie zunächst weitere 4 Pfund ab. Sie wird mit Brom natr. rectal, Permesin und Traubenzuckereinläufen behandelt. So gelingt es, das Erbrechen zum Stillstand zu bekommen und einen Gewichtsausgleich zu erzielen.

Ebenso gelingt es

Fall 44

Frau E. T. mit Traubenzucker, Brom natr., Diät und Magenspülungen von ihren Beschwerden zu befreien.

Fall 45, 46,

sind ebenfalls schwer nervöse Frauen. Frau E. N. hatte vor 2 Jahren einen schweren Nervenzusammenbruch und war seit dieser Zeit immer

wegen „Nerven" in ärztlicher Behandlung. Sie klagt jetzt im 3. Schwangerschaftsmonat über dauerndes Erbrechen, Ohnmachtsanfälle, Schmerzen im linken Leib.

Ebenfalls klagt Frau H. W. über Zunahme eines starken krampfartigen Schmerzes im linken Unterbauch. Bei beiden war Aceton und Acetessigsäure positiv. — Während es bei Frau E. M. gelingt, durch Magenspülungen, Bromeinläufe und Elektrisieren eine Besserung zu erzielen, bekommt die zweite Patientin Traubenzuckereinläufe und Insulin. So kann auch bei ihr die Krankheit mit Erfolg bekämpft werden.

Die 3. Gruppe derjenigen, die sich erst nach intensiver Therapie besserten, oft sogar am Anfang eine Verschlechterung zeigten, umfaßt 9 Patientinnen.

Fall 47.

Frau F. T. besserte sich erst nach ca. 3 Wochen Klinikaufenthalt. Sie hatte zu Hause dauernd erbrochen, und dabei 12 Pfund abgenommen. Im Urin waren Aceton und Acetessigsäure stark positiv. Die ersten Tage nahm sie weitere 2 Pfund ab, da sie trotz Peremesin, Bromgaben, Lubrokal, Adalin, alles, selbst eisgekühltes Zitronenwasser erbrach. Sie klagte weiter über schlechten Geschmack, Angst, Uebelkeit und Schlaflosigkeit. Nach 10 Tagen war das Erbrechen beseitigt, die Patientin nahm etwas zu. Die Gewichtszunahme steigerte sich auf 3 Pfund, als die Patientin nach 3 Wochen, nach Wohlbefinden, gänzlichem Fehlen von Säurekörpern entlassen werden konnte.

Fall 48.

Die Möglichkeit einer Magenerkrankung bestand bei Frau I. E., einer Patientin mit Lues congenita. Bei ihrer Aufnahme war WaR ++++, Mein. ++++, Kahn ++++. Von Beginn ihrer jetzigen Schwangerschaft an hatte sie erbrochen und im Bett gelegen. Noch nicht wieder vollständig hergestellt verließ sie nach 20 Tagen auf eigenen Wunsch die Klinik. Sie erbrach kaum mehr, hatte aber ein sehr elendes Aussehen. Ihr Gewicht hatte sich zuerst um 4 Pfund verringert, dann aber hatte sie davon 2 Pfund wieder zugenommen.

Fall 49, 50, 51,

sind wieder 3 Patientinnen, die dringend eine Unterbrechung verlangen, weil bei ihnen schon einmal ein solches wegen Hyperemesis gemacht worden war.

Eine sehr zarte Frau war Frau H. Z. Sie hatte als Kind Rachitis gehabt und erst mit 3 Jahren laufen gelernt. Außerdem hatte sie vom 1.—6. Lebensjahre epileptische Anfälle, die mit 9 Jahren wieder für kurze Zeit auftraten. Sämtliche Kinderkrankheiten hatte sie durchgemacht und 2mal Diphtherie gehabt. Nun kam sie mit einem Gewicht von 40 kg in die Klinik, war im 2. Schwangerschaftsmonat und hatte seit 1½ Monaten erbrochen. Sie wurde zuerst mit Heydentabletten und Bromklysmen behandelt, erbrach aber weiter und nahm 900 g ab. Erst als sie mit Traubenzucker und kleinen Insulingaben behandelt wurde,

gelang es, daß zuerst Schleim, dann leichte Diät und schließlich Vollkost behalten wurde. Nach 12 Tagen konnte sie mit einer Körpergewichtszunahme von 1150 g geheilt entlassen werden.

Auch Frau R. L., hatte vor 2 Jahren eine Interruptio wegen Hyperemesis gehabt und verlangt dieselbe wieder. Nach 21 Tagen konnte auch sie mit 1000 g Gewichtszunahme, frei von Säurekörpern, gesund entlassen worden.

Die dritte dieser Frauen war Frau A. J., welche, — wie Fall 49 — wegen Rachitis erst mit 3 Jahren laufen gelernt hatte. Vor 8 Monaten war eine Interruptio wegen Hyperemesis und epileptischen Anfällen gemacht worden. Jetzt war sie wieder im 2. Monat gravid, bat um eine Unterbrechung. Diese wurde ihr abgelehnt und beim Wiegen bekam sie sofort einen epileptischen Anfall. Nach 4 Tagen gelang es, die Hyperemesis zum größten Teil zu beseitigen. Als jedoch die epileptischen Anfälle dauernd wiederkehrten, wurde sie in die Nervenklinik verlegt.

Mit Blutungen und starker Hyperemesis wurde Frau F. W. — Fall 52 — eingeliefert. Mit intravenösen Traubenzucker- und Insulingaben hörten die Blutungen schnell auf, das Erbrechen sistierte und die Patientin konnte nach Hause.

Fall 53

eine sehr nervöse vasolabile Patientin war Frau H. N. Bei ihr zeigte sich in der Klinik ein sehr wechselnder Befund. Zunächst — auf den Milieuwechsel hin und bei Brommedikation — Rückgang des Erbrechens und Gewichtszunahme um 700 g. Dann Verstärkung der Hyperemesis als Brom wegen Akne abgesetzt wurde. Trotz Heydentabletten keine Beruhigung. Weitere Gewichtsabnahme um 1000 g. Wegen starken Sodbrennens Diätwechsel, jedoch ohne Erfolg. Erst auf Insulin und gemischte Kost, auf die die Patietin Appetit hatte, legte sich das Erbrechen. Bestehen blieben: leichte Salivation und leichtes Schleimerbrechen, das aber belanglos war. Nach einer Gewichtszunahme von 900 g, war sie mit der weiterfortzusetzenden Behandlung nicht einverstanden, und verließ die Klinik.

Fall 54.

Frau E. S., 31 Jahre alt, hat 3 normale Geburten und einen Abort gehabt. Sie hat sich immer sehr wohl und vollkommen gesund gefühlt. Seit Beginn dieser Schwangerschaft, die im 3. Monat ist, hat sie sich sehr matt gefühlt, hat dauernd Kopfschmerzen gehabt, und jede Nahrung erbrechen müssen. — Sie ist eine Patientin von stark reduziertem Gewicht und sehr schlapp. — Trotz Bettruhe, Peremesin, Brom natr. erbricht sie weiter. Auch Traubenzucker allein bewirkt nichts. Erst als sie 2mal täglich 5 Einheiten Insulin und 2mal täglich 5 Eßlöffel Dextropur auf ein Glas Wasser bekommt, geht es ihr besser. Zur Beruhigung bekommt sie Luminaletten. Das Erbrechen hat schlagartig aufgehört, nach 3 Tagen ist auch das Aceton aus dem Harn verschwunden und nach 16 Tagen Klinikaufenthalt wird sie vollkommen gesund entlassen.

Fall 55.

Frau H. T. kam in sehr reduziertem Körperzustand in die Klinik. Seit 2 Monaten hatte sie alle Nahrung, fest wie flüssig erbrochen. Neben den toxischen Zeichen, Puls bis 130, sehr starkem positivem Aceton und Acetessigsäurebefund stand das Erbrechen hier ganz besonders stark im Vordergrund. Schon morgens nüchtern erbrach sie ca. 400 ccm. — Heydentabletten wurden, da ohne Erfolg, sofort abgesetzt. Nach Tropfeinläufen von Traubenzucker und Insulingaben, Dicodid und Chloralhydrat wurde die ersten Tage auch noch erbrochen, nach längerer Behandlung konnte es jedoch beseitigt werden. Leider hatte sich das Gewicht um 1000 g verringert. — Nach einigen Ruhetagen setzte das Erbrechen von neuem ein, das Gewicht ging um weitere 1000 g herunter. Erst in der 4. Behandlungswoche bessserte sich das Krankheitsbild. Die Pulsfrequenz kehrte zur Norm zurück, im Urin verschwanden die Säurekörper und die Gallenfarbstoffe, an Gewicht nahm sie 1500 g zu und nach 5 Wochen konnte sie bei gutem Allgemeinbefinden entlassen werden.

Leider versagte in den folgenden Fällen jegliche Therapie, sodaß 8mal als letzter Ausweg nur die Unterbrechung übrig blieb. In wenigen Tagen oder Stunden nach der Ausräumung trat auffallende Erholung ein.

Fall 56.

Schwer krank wurde Frau K. in die Klinik eingeliefert. Sie erbrach haltlos, ob Heydentabletten, Bromklysmen gegeben wurden, oder ob Traubenzucker und Insulingaben therapeutisch verwendet wurden. Der Urin zeigte starke Gallenfarbstoff- und Säurekörperreaktion. Die Pulszahl war stark schwankend. Dauernde Verschlechterung zeigte auch die Gewichtsabnahme in der Klinik an. Magenspülungen brachten keine Linderung. Die Skleren fingen an sich ikterisch zu verfärben und gleichzeitig bekam die Patientin einen bräunlichen Ausfluß, mit leichten Kontrakturen am Uterus. Am nächsten Tage blutete sie stark und bekam Wehen; der Abort war nicht mehr aufzuhalten und es erfolgte Ausstoßung des Placentargewebes. Von dieser Stunde an auffallende Erholung und nach 8 Tagen wurde sie völlig gesund entlassen.

Die 2. Patientin war Frau I. T.

Fall 57,

war 21 Jahre alt. Vor 8 Monaten hatte sie einen fieberhaften Abort mit Schüttelfrösten gehabt. — Jetzt war sie im 5. Monat gravid, erbrach seit 4 Monaten, an Gewicht hatte sie jedoch nicht viel abgenommen. — Nachdem sie zuerst 12 Tage mit Magenspülungen, Bromklysmen und Eispillen behandelt, und dadurch keine Besserung eingetreten war, wurde sie mit gutem Erfolg mit 2mal 5 Einheiten Insulin täglich und Traubenzucker vollkommen gesund und konnte nach Hause entlassen werden. Nach 4 Wochen kam sie mit verstärkten Beschwerden und großer Gewichtsabnahme wieder. Sie erhielt sofort wieder Insulin und Trau-

benzucker und 2mal 30 ccm Natr. bromat als Clysma, doch machte sich am folgenden Tage eine Unruhe bemerkbar mit Verkennung der Umgebung. Sie hörte Stimmen und sah Gestalten. Nach Narcophin wurde sie ruhiger. Am kommenden Tage war sie wieder klarer, erinnerte sich an ihre Phantasien. Sie erbrach weiter reichlich. 2 Tage später bekam sie Wehen, eine Stunde später erfolgte der Blasensprung und nach weiteren 20 Minuten wurde die Frucht ausgestoßen. Die Placenta folgte spontan 5 Minuten später. Am folgenden Tage Wohlbefinden, kein Erbrechen mehr, und nach weiteren 24 Stunden konnte sie aufstehen.

In diesen beiden Fällen handelte es sich also um Spontanaborte. Ueber die Ursache ist nichts genaues bekannt. Kehrer spricht sich über das Ergehen der Frucht bei Hyperemesis gravidarum dahin aus, daß sie vollkommen ungeschädigt bleiben, daß sie aber auch intrauterin absterben kann ohne daß es möglich ist die spezielle Ursache festzustellen. Diese abgestorbene Frucht wird dann spontan ausgestoßen. Seitz hat den Spontanabort bei 153 Hyperemesisfällen 3mal gesehen und kann eine Ursache dafür ebenfalls nicht angeben. Handelt es sich um eine Intoxikation, um eine Blutung, um eine Avitaminose? —

Fall 58.

Die Schwere der klinischen Erscheinungen und der schlechte Allgemeinzustand waren Veranlassung bei Frau A. J. die Interruptio einzuleiten. — Sie war vor 10 Jahren wegen Eklampsie entbunden worden und befand sich im 3. Monat ihrer 2. Schwangerschaft. Dauerndes Erbrechen nach jeder Nahrungsaufnahme, Uebelkeit Sodbrennen, Mattigkeit und leichter Tremor führten sie in die Klinik. Seit dem 5. Monat ihrer 1. Schwangerschaft litt sie an epileptischen Krämpfen, die in dieser Schwangerschaft vollständig nachgelassen hatten. Der Urin war stark acetonhaltig, Urobilin und Urobilinogen waren positiv, die Urinmenge betrug 200 ccm pro die, Spuren von Albumen und vereinzelte granulierte Zylinder im Sediment, Leucin und Tyrosin positiv, all dieses vervollständigte das Bild. Dazu machte sich eine leichte ikterische Verfärbung der Haut bemerkbar. — Da alle therapeutischen Mittel versagten, wurde nach Konsultation mit den Internisten die Unterbrechung eingeleitet. Nach der Ausräumung hörte das Erbrechen schlagartig auf, die ikterische Verfärbung ging zurück und im Laufe der nächsten Woche wurde sie ganz gesund. — 2 epileptische Anfälle kamen noch, die sich nach Beruhigung mit Luminaletten nicht wieder einstellten.

Fall 59.

Schwierigkeiten in der Differentialdiagnose machte folgender Fall. Die 30-jährige Patientin Frau M. B. hatte vor und während jeder Menses immer Ohnmachtsanfälle, Magenschmerzen und Erbrechen gehabt. Vor 5 Jahren hatte sie einen Abort wegen Hyperemesis. Jetzt gab sie an, daß das Wohlbefinden völlig gestört sei. Vom ersten Tage ihrer

Schwangerschaft an hatte sie Magenbeschwerden, große Uebelkeit, bitteren Geschmack im Munde und dadurch dauerndes Erbrechen. Auf Opium-Belladonna-Zäpfchen und Bromklysmen erbrach sie weiter, ebenfalls auf 0,0005 Atropin und Magnesia usta. Dann klagte sie weiter über Magenkrämpfe. Auch auf Traubenzucker-Insulin erbrach sie weiter. Zur Nacht erhielt sie 1 ccm Narcophin. Am nächsten Morgen erbrach sie sofort 200 ccm einer gallig-schleimigen Flüssigkeit. Haferschleim löste sofort Erbrechen aus, ebenfalls Natrium bicarbonicum, auch Atropin und Magnesia usta. Gallenfarbstoff im Serum 0,7, Urin: Ehrlich positiv, Bilirubin positiv, Aceton ++, Acetessigsäure ++, Leucin und Tyrosin positiv. Starker Scleralikterus und schlechter Allgemeinzustand gaben Veranlassung zur Unterbrechung. Leider war dadurch eine vollständige Besserung nicht zu erzielen. Oft hatte sie starke Magenkrämpfe, bei denen sie sich wälzte und erbrach und schwer zu beruhigen war. Schneller Wechsel von Depression und abweisendem Wesen. Möglicherweise dürfte ein organischer Magenbefund (ulcus) die Ursache der Beschwerden gewesen sein.

Fall 60.

Von einem anderen Berliner Krankenhause wurde Frau L. R., die dort seit 4 Wochen wegen Hyperemesis gelegen hatte, zur evtl. Interruptio eingewiesen. Vor 10 und 8 Jahren hatte sie bereits Ausräumungen wegen Hyperemesis. — Seit 5 Wochen hatte sie keine Nahrung bei sich behalten und laut Krankenhausbericht 30 Pfund abgenommen. Dabei Blutbrechen, wodurch sie sehr anämisch geworden war. (Hb. 56 %). Auch in dieser Klinik war nach Bromklysmen, Insulin, Traubenzucker, Anästhetica starkes Erbrechen, deshalb Nährklystier. Die Gelbsucht und das Auftreten von Gallenfarbstoffen im Urin wies darauf hin, daß jetzt längst zu dem bestehenden einfachen Erbrechen eine Störung der Leberleistung hinzugekommen war, und daß nicht mehr lange mit der Unterbrechung gewartet werden durfte. Es war zu befürchten, daß in den folgenden Tagen diese Leberstörung weiter zunahm, und damit eine ernste Gefahr für das Leben bestand. Denn einmal bedeutet der Eingriff der Unterbrechung an sich schon eine ernste Gefahr und außerdem ist ein Fortschreiten des unaufhaltsamen Leberleidens zu befürchten. So wurde die Interruptio durch Hysterostomia anterior gemacht.

Fall 61.

Ein Hyperemesisfall, der sich mit Polyneuritis kombinierte. Diese Patientin, Frau F. M. wurde vom Arzt eingewiesen, da sie seit Wochen an ständigen, quälenden Brechreizen litt. Sie war auffällig kraftlos, blaß und elend. Aceton, Acetessigsäure, Urobilin und Urobilinogen waren stark positiv, Bilirubin vorhanden, ebenfalls Albumen in geringen Spuren, im Sediment vereinzelte granulierte Zylinder. Keinerlei Besserung durch irgendeine Therapie war zu erzielen. Nach 14 Tagen wurde sie in schwer benommenem Zustande neben dem Bett vorgefunden. Der hinzugezogene Neurologe stellte eine Intoxikation mit schwerer Bewußtseinstrübung und Polyneuritis fest. Die Ausräumung wurde

sofort durch Hysterostomia anterior beschlossen. — Nach der Interruptio erholte sie sich langsam unter Cardiazol, Koffein, Sympathol und NaCl mit Traubenzucker (intravenöse Infusion), sodaß die Temperatur von 39,2 abfiel und die Patientin nach 6 Tagen zum 1. Mal sprach. Nach 2 Tagen konnte sie schon feste Speisen zu sich nehmen.

Fall 62.

Unaufhaltsame Verschlechterung des Allgemeinbefindens war auch der Grund bei Frau E. Z., die Interruptio einzuleiten. Diese Frau wurde am Ende des 2. Schwangerschaftsmonats wegen Schwindelgefühl, Ohnmacht und Erbrechen eingeliefert. Am Anfang bekam sie flüssige Kost und Bromlösung, danach täglich Traubenzucker mit 25 ccm absol. Alkohol rectal, außerdem Insulin und Cardiazol. Nach Bromlösung bekam sie heftige Leibschmerzen, dadurch wurde das Medikament abgesetzt. Das Allgemeinbefinden war weiter schlecht, das Körpergewicht erlitt eine weitere Einbuße. Per os war keine Ernährung möglich und der Versuch einer intravenösen Dauertropfeinlaufes mißlang wegen schlechter Venen. Als Komplikation kam einige Tage später eine schwere Bronchitis, die sich nach intensiver Therapie — Kardiazol, Chinin, Brustwickel, Inhalation — langsam besserte. Der Allgemeinzustand hatte sich dagegen weiter verschlechtert, die Skleren waren ikterisch geworden, darum wurde 2 Tage später Laminaria eingelegt und am folgenden Tage ausgeräumt. Nach hohem Temperaturanstieg fiel das Fieber bald ab, das Erbrechen hörte auf, die ikterische Verfärbung der Skleren blaßte ab. 14 Tage darauf war sie soweit erholt, daß sie gesund entlassen werden konnte.

Fall 63.

Auch bei Frau A. S. mußte eine Unterbrechung eingeleitet werden, weil die Hyperemesis, die zuerst sehr harmlos war, einen schweren toxischen Charakter angenommen hatte. Die 28-jährige Patientin, die sich am Ende des 3. Schwangerschaftsmonats befand, erbrach am Anfang der Gravidität wenig, dann aber änderte sich nach 4 Wochen der Zustand. — Obwohl bei ihr von Anfang an eine Liegekur, Diät, Peremesin, Brom erfolglos versucht worden waren, war sie soweit herabgekommen, daß ihr das Gehen schwer fiel. Auffallend blaß und kraftlos und seelisch deprimiert, bat sie dringend sie doch von der Schwangerschaft, die sie seelisch zu Grunde richte, zu erlösen. Sie wog, als sie in die Klinik kam, 94 Pfund, der Puls war auf 125 gestiegen. Ketonkörper, Gallenfarbstoffe und Eiweiß, Leucin und Tyrosin waren im Harn positiv, das Sediment enthielt viel granulierte Zylinder. Die Urinmenge betrug nur 100 ccm pro Tag. Der Rest-N war erhöht. Das Allgemeinbefinden war äußerst schlecht. Magenspülungen, Traubenzucker, Insulin und NaCl-Gaben besserten den Zustand nicht. Das qualvolle Würgen blieb weiter und die Skleren verfärbten sich gelblich. Jetzt wurde die Unterbrechung beschlossen, Laminaria wurde eingelegt und am nächsten Tage ausgeräumt. Die Kranke überstand den Eingriff gut. Sofort war vollkommene Beschwerdefreiheit und in wenigen Tagen fand eine Gewichtszunahme statt. Nach 18 Tagen war sie soweit gekräftigt, daß sie bei völligem Wohlbefinden entlassen werden konnte.

Todesfälle an Hyperemesis allein sind eine Seltenheit. Meist ist bei den beobachteten Fällen die Hyperemesis nicht die alleinige Ursache des letalen Ausgangs, sondern meistens hat den Tod eine schwere Folgeerkrankung, bzw. eine Toxikose, von der ein Teilsymptom die Hyperemesis war, verschuldet. Aus diesem Grunde ist bei der Sektion meistens ein Befund, der für die Hyperemesis charakteristisch sein könnte, kaum zu erheben.

Wohl hat Saenger aus der gesamten Literatur die Obduktionsbefunde der an Hyperemesis Verstorbenen zusammengestellt, und sie zeigen fast alle das Gleiche. Immer stehen die Veränderungen der Leber und der Niere im Vordergrunde, dabei außerdem eine parenchymatöse Degeneration des Herzmuskels und ein schlaffes braunes Herz. Doch ist oft etwas krankhaft Verändertes an den inneren Organen überhaupt nicht zu finden und an der Schwere des klinischen Bildes gemessen ist der Obduktionsbefund äußerst gering.

Frankl beschreibt 2 Obduktionsbefunde. Er fand eine fettige Degeneration der Leber, insbesondere in den zentralen Acinusteilen, und auch die Niere war fettig degeneriert. Außerdem fand sich ein walnußgroßes Corpus luteum um eine zentrale erbsengroße Cystenhöhle mit Entzündungserscheinungen. Es läge nahe an eine haematogene Infektion zu denken und zu verlockend wäre es, die Entzündung des Corpus luteum als ein wichtiges Moment für die Aetiologie der Hyperemesis anzusehen, denn auch französische Autoren haben atrophische Zustände des gelben Körpers als Ursache der Hyperemesis aufgefaßt. — Bei dem zweiten Obduktionsbefunde waren außer der Veränderung der Leber und Niere beide Nebennieren stark vergrößert, ebenso die Schilddrüse. — Also besteht nach seiner Meinung eine Störung irgend einer Drüse mit innerer Sekretion, es braucht nicht das Corpus luteum zu sein.

Hofbauer stellte die fettige Infiltration besonders der inneren Läppchenpartien der Leber und eine sehr starke Veränderung der gewundenen Harnkanälchen der Niere fest. Rupp fand eine gleichmäßige Verfettung der Leber und auch der Nierenkanälchen.

Bondy fand außerdem Nekroseherde um die Zentralvene der Leberläppchen und Rupp beschrieb bei einem anderen Befund Epithelnekrosen der Niere.

Durch Tierexperimente und durch die Obduktionsbefunde ist die Glykogenarmut bei den an Hyperemesis Verstorbenen bekannt und Rupp erklärt die Fetteinwanderung dadurch, daß sie als Neubildung von Kohlehydraten aus den Fettdepots aufzufassen sind.

Böhm glaubt, daß in der Mehrzahl der Fälle, welche tötlich verlaufen sind, die Schwangerschaftsunterbrechung zu spät vorgenommen worden ist.

In der Berliner Universitätsklinik ist in den letzten 7 Jahren nur ein einziger Todesfall zu beklagen gewesen.

Fall 64.

Frau Ch. B., 31 Jahre alt, ist im 5. Schwangerschaftsmonat. Seit 10 Wochen leidet sie an starkem Erbrechen und wird von einem auswärtigen Krankenhause geschickt. Von dem dort behandelnden Arzt wird telefonisch mitgeteilt, daß sie zuerst die übliche Hyperemesis gehabt habe, und als das Erbrechen nicht aufhörte, sei man zur rectalen Ernährung übergegangen. Aber auch dabei sei weiter erbrochen worden, darum habe man täglich Magenspülungen mit Novocain gemacht. In letzter Zeit habe die Patientin oft Nasenbluten gehabt und die letzte Spülung habe Blut enthalten, es sei aber fraglich, ob von der Epistaxis. Urin sei stets in reichlicher Menge vorhanden gewesen, Blutdruck sei ganz allmählich heruntergegangen, Gewichtsabnahme im ganzen 30 Pfund.

In einem trostlosen Zustande wird die Frau in die Klinik eingeliefert. Ueber den Lendenwirbeln handtellergroßer Dekubitus. Blutdruck RR 70/40, im Urin Aceton +, Acetessigsäure +, Albumen +, im Sediment massenhaft Erythrozyten und hyaline Zylinder. Der Rest-N-Gehalt des Blutes ergab einen Wert von 152 mg %.

Blutbild:

Stabkernige: 4 %
Segmentk. 80 %
Lympho. 12 %
Mono. 4 %.

Sie erbricht alles im Strahl, darum wird wegen des bedrohlichen praeurämischen Zustandes, infolge schwerer Schwangerschaftsintoxikation der Beschluß zur Interruptio durch Hysterotomia anterior gefaßt. Die Operation wird in Eunarconnarcose (Dosis 4 ccm) durchgeführt, gleichzeitig eine intravenöse Traubenzucker-NaCl-Infusion mit 450 ccm Blut angeschlossen. Diese Infusion wird später in eine Dauertropfinfusion umgeleitet. Außerdem stündlich im Wechsel, Sympathol, Coffein, Coramin. Am folgenden Tage früh 3mal Euphylin und wegen der Schmerzen im Arm Dilaudid, und zur Beruhigung der ziemlich ruhelo-

sen Patientin Chloralhydrat. Urin 80 ccm. Nachmittags wird sie plötzlich sehr unruhig, schlägt um sich, versucht aus dem Bett zu gehen und schreit. Nach 1,5 ccm Morphin ist eine Wirkung kaum zu bemerken. Sie fängt an sich rasend zu kratzen und ist nicht mehr im Bett zu halten. Erst nach 1 ccm Morphin und 4 Teilstrichen Scopolamin gelingt das und in der Nacht schläft sie ruhig und fest.

Am folgenden Tage ist sie vollkommen ruhig und klar. RR 100/70, der Puls ist gut; sie verlangt zu essen und bekommt Kaffee und Brötchen. Das Essen wird behalten. Auf 1 ccm Salyrgan 20 ccm Urin. Coffein laufend im Wechsel mit Kardiazol 2stündlich. Auch diese folgende Nacht ist sie ruhig, nur einmal erbricht sie. Früh 80/20, und 120 ccm Urin. Mittags wird die genossene Fleischbrühe fäculent riechend erbrochen. Nachmittags erbricht sie wieder, die Atmung ist rasselnd, die Urinausscheidung spärlich und sie klagt über Schmerzen links im Unterbauch. Nach 2 Stunden ist das Bewußtsein getrübt, die Atmung forciert und rasselnd und der Puls kaum fühlbar. Unter zunehmenden Erscheinungen eines Lungenödems und Kreislaufschwäche erfolgt der Exitus letalis. —

Bei der Obduktion findet sich: Makroskopisch; Herz- und Kreislaufschwäche bei eitriger fibrinöser Pelveoperitonitis. Mikroskopisch: zentrale Verfettung der Leberläppchen und schwere degenerative Veränderung der Nierentubuli, doppelseitig und in großer Ausdehnung.

Wenn man am Schlusse der Schilderung das klinische Krankheitsbild der 64 Patientinnen kritisch überblickt, so kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß es sehr fraglich ist, daß bei der 1. Gruppe eine wirkliche Hyperemesis vorgelegen hat. Ebenso fraglich ist eine wirkliche Hyperemesis bei vielen anderen Fällen. Schwer wird sie vor allem dann, wenn sie gemeinsam mit anderen organischen Erkrankungen auftritt, die für sich allein das Erbrechen hervorrufen können. In mehreren Fällen war es differentialdiagnostisch schwierig zu unterscheiden, ob das Erbrechen die Ursache des Grundleidens war, oder ob eine wirkliche Hyperemesis vorlag.

Naujoks beschreibt einen Fall, bei dem die Patientin bei Hyperemesis ad exitum kam. Bei der Sektion fand man einen chronischen Ileus. In dem Fall war eine Laparatomie wegen Tubargravidität in der Anamnese. Ein Schwangerschaftsileus ist aber immer eine sehr ernste Schwangerschaftskomplikation, die besonders am Ende der Schwangerschaft, wenn die Raumbeengung durch den schwangeren Uterus einen starken Grad erreicht hat, bedenklich ist. Der

chronische echte Schwangerschafsileus, durch die Schwangerschaft allein bedingt, ist scharf zu trennen von Darmabknickungen durch Verwachsungen oder Strangbildung, die bei Größerwerden des Uterus zu verheerenden Folgeerscheinungen führen. Das Erbrechen steht als Symptom im Vordergrund und der vorberichtete Fall zeigt die Schwierigkeit der klinischen Diagnose. Nach Durchsicht eines großen Krankenmaterials hat Naujoks gesehen, daß sich bei Hyperemesisfällen 3mal so häufig Bauchnarben zeigten, wie bei normalen Graviditäten. Es könnte möglich sein, daß ein Teil dieser Hyperemesiskranken Ileusattacken hatten, die ohne operative Therapie abgeklungen sind und so niemals eine Aufklärung gefunden haben. —

3 unserer Patientinnen waren magenleidend, bei einer von ihnen hielten die Magenkrämpfe an, auch als jede Therapie versagt hatte und eine Interruptio eingeleitet worden war. Eine Patientin hatte seit Jahren ein Gallensteinleiden.

Ein Hyperemesisfall trat zusammen mit Pyelitis auf, als sie sich besserte, sistierte auch das Erbrechen. Ein einziger Hyperemesisfall zeigte beim weiteren Fortschreiten eine Polyneuritis. Eine Patientin mit Lues congenita mit stark positiven Seroreaktionen zeigte ebenfalls starke Magenbeschwerden. 2 Frauen litten an epileptischen Anfällen, die so häufig waren, daß sie in die Nervenklinik verlegt werden mußten. — Ueber starke krampfartige Schmerzen im linken Unterbauch klagten auch 2 Patientinnen, aber mit dem Aufhören des Erbrechens hörten auch die Schmerzen auf.

Die Gruppe 2, 3, 4, umfaßt 29 leichte, mittelschwere und schwere Fälle, die klinisch einwandfrei als Hyperemesis diagnostiziert werden konnten. In 14 Fällen sagt bei ihnen die Krankengeschichte, daß es sehr nervöse Frauen sind, daß in einigen Fällen sie in ärztlicher Behandlung wegen „Nerven" stehen oder standen. Die größte Mehrzahl gehört der Gruppe 2 und 3 an. Bei ihnen ist die Ursache der Erkrankung in der Umstellung des Körpers durch die Schwangerschaft und in dem andersartigen Funktionieren des vegetativen Nervensystems zu suchen. Die letzten beiden Gruppen sind Kranke mit den Zeichen toxischer Störungen, zu denen geschädigte Nieren- Leber- und

Kreislauffunktionen und schwer gestörtes Allgemeinbefinden gehören. —

Zusammenfassung.

Zuerst wurde zur Aetiologie der Hyperemesis gravidarum und zum Krankheitsbegriff — an Hand der Literatur — Stellung genommen, mit anschließender Schilderung der 64 verschiedenen klinischen Krankheitsbilder der Hyperemesisfälle aus den Jahren 1932—1938.

Unter 64 Fällen von Hyperemesis gravidarum wurden 5 Gruppen unterschieden.

1. Die leichtesten Fälle, bei denen nicht einwandfrei erwiesen werden konnte, ob wirklich eine Hyperemesis vorgelegen hatte.. Keine von ihnen erbrach in der Klinik und bei keiner wurde Aceton oder Acetessigsäure gefunden.
2. Diese Gruppe umfaßt 25 Hyperemesiskranke, die dem vagushypertonischen Erkrankungsstadium angehörten.
3. Schwerkranke; 9 Patientinnen, die erst nach längerer Behandlung Heilung fanden.
4. Zur Gruppe 4 gehörten 8 Patientinnen, die das Bild einer schweren Toxikose zeigten mit Störungen des Kreislaufs.
5. Ein Todesfall.

Die Behandlungen der einzelnen Gruppen waren:

1. Bettruhe, Diät, veränderte Umgebung.
2. Peremesin, Brom, Opium- Belladonna-Zäpfchen.
3. Einläufe, Magenspülungen, Traubenzuckergaben und Insulin.
4. Interruptio.

Die Erfolge waren so, daß in Gruppe 1 alle Patientinnen geheilt wurden, ebenfalls alle Kranken der Gruppe 2 und 3, daß aber von den 9 Schwerkranken der Gruppe 4 und 5 nur 8 geheilt werden konnten.

Das heißt, von 64 Hyperemesiskranken wurden durch konservative Behandlung:

57 Fälle = 89,0 % geheilt,

von den 7 Kranken bei denen eine Interruptio nötig war wurden

6 Fälle = 9,4 % gesund.
1 Exitus = 1,6 %.

Am Schlusse meiner Arbeit danke ich Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Stoeckel für die Ueberlassung des Krankengutes, Herrn Prof. Dr. Caffier für die Stellung des Themas und Herrn Oberarzt Dr. Kraatz für seine freundliche Hilfe bei der Beratung der Arbeit.

Literatur.

Aibrecht, Münch. med. Wschr. 1923, Nr. 2.
Aburel, Zentralbl. Gyn. 1932, Nr. 25.
Ainley, West. J. Surg. 43, 1935, 92—104.
Akinoff, Kroupenin u. Albego; Zentralbl. Gyn. 1932, Nr. 25.
Anderson, Ztrbl. Gyn. 1934, Nr. 17.
Anker, Acta obstets. scand. 1934, 14.
Anselmino u. Hoffmann, Arch. Gyn. 1931, Bd. 145.
— Gyn. u. Geb. 1935, Bd. 28.
— Arch. Gyn. 161, 1936.
Bacden, Ztschr. Gyn. 1934, Nr. 17.
Brindeau u. Lantuejoul, Presse med. 1933, 1.
— Gynec. et obstetr. 35, 1937.
Bird, Arch. Gyn. 1936, Nr. 162.
Bokelmann, Arch. Gyn. 1936, Nr. 162.
— Therap. der Gegenw. 1936, H. 5.
Benthin, Zbl. Gyn. 1930, Nr. 3.
Böhm, Zbl. Gyn. 1931, Nr. 48.
Caffier, Ztschr. Gebh. u. Gyn. 1939, Bd. 95.
— Zbl. Gyn. 1930, Nr. 12.
Cohen, Ztschr. Gyn. 1934, Nr. 12.
Cocq, Bull. Soc. Belge Gynec. 1933 Nr. 9.
Dawson, Amer. I. Obstetr. 44, 731—732, 1937.
Duyzinga, Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1935, 3932.
Drazancic, Lijen Vjen 1936, 58.
— Zbl. Gyn. 1936, 2853—2859.
Eufinger, Ztschr. Gebh. u. Gyn. 1929, Bd. 95.
Engelhard, Nederl. Tijdschr. Verloskde. 35, 242—75.
D'Erchia, Cli. ostetr. 1937, 36, 318—322.
Frankl, Gebh. u. Gyn. Ges. Wien 1930, Nr. 50.
Frey, Arch. Gyn. 1925, Bd. 126.
Freeman, Amer. J. Obstetr. 1937, 33, 618.
Fischer, Med. Klinik 1936, II, 1298.
Guthmann, Zbl. Gyn. 1938, Nr. 25.
Geus, Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1924, 5812.
Heynemann, Zbl. Gyn. 1928, Nr. 37.
— Med. Welt, 1938, 731—735.
Hofbauer, Ztschr. Gebh. 1908, Nr. 61.
— Zbl. Gyn. 1930, Nr. 26.
Hüssy: Ztschr. Gyn. 1933, Nr. 9.

Heesch, Med. Welt 1932, 1632—1634.
Heidler, Wien. Med. Woschr. 1934, II.
Herold, Arch. Gyn. 159, 1935.
Hornung, Arch. Gyn. 20, 1930.
Hornung u. Creutzfeld, Zbl. Gyn. 1930, Nr. 25.
Inoue, Mitt. jap. Ges. Gyn. 28, H. 4.
Kaltenbach, Zbl. Gyn. 1890, Nr. 49.
Kretschmer, Ztr. Gebh. 1934, 109.
— Ztr. Gyn. 1933, Nr. 40.
Kesslеru. Albers, Ztr. Gyn. 1933, Nr. 42.
Kehrer, Ztr. Gebh. 116, 333—398, 1938.
Lieschke, Ztr. Gyn. 1932, Nr. 25.
Kolbow, Inaug.-Diss. Königsberg, 1932.
Lindemann, Arch. Gyn. 1934, Nr. 42.
Lebedew, Ginek. Nr. 3, 66—71, 1934.
Leven u. Leven, Presse med. 1933, 771—772.
Monaldi, Clinique obstetr. 37, 1935.
Naujoks, Zbl. Gyn. 1935, Nr. 48.
— Gebh. u. Frauenheilk. 1, 28—36, 1939.
Nürnberger, Ztr. Gyn. 1934, 17.
Nota, Ann. obstetr. 54, 501—512.
Nolens, Bull. Soc. belge Gyn. 1933.
Offergeld, Fortschritte d. Med. 1930, Nr. 25.
— Zbl. Gyn. 1930, Nr. 46.
Oettingen, Arch. Gyn. 1934, 43.
Philipp, Zbl. Gyn. 1937, 2549—2551.
Rupp: Zbl. Gyn. 1929, Nr. 12.
Rowe, Ztr. Gyn. 1934, Nr. 17.
Säker, Nervenarzt 619—623, 1937.
Schafft, Ztr. Gyn. 1933, Nr. 9.
Seitz, Döderlein Handb. d. Gebh. Bd. II, 2. Aufl.
— Ztr. Gyn. 1934, Nr. 17.
Schmidt u. Herold, Mschr. Gebh. 1934, 98.
Seckendorff, Med. Welt, 1933, 19.
Sawasaki, Mitt. jap. Ges. Gyn. 1933, 28.
Schultze-Rhonhoff, Arch. Gyn. 1934, 157.
Seyffardt, Mschr. Gebh. 1935, 100.
Spitzer, Zbl. Gyn. 1938, 1433—1445.
Winter, Zbl. Gyn. 1907, Nr. 48.
Zoellner, Clinique Nr. 30, 1924.

Lebenslauf

Am 3. Oktober 1900 wurde ich, Elisabeth Doms, als Tochter des Landwirts Heinrich Doms in Knarrhütte, Krs. Kolmar i. Posen geboren. Ich besuchte die Städtische höhere Mädchenschule in Kolmar i. Posen bis Ostern 1916 und anschließend das Dregersche Lyceum in Bromberg, das ich Ostern 1917 absolvierte. — Vom 1. April 1921 begann meine Ausbildung als Technische Assistentin in Leipzig, die am 7. April 1922 beendet war. Vom 8. April begann meine Tätigkeit in Dr. Weidner's Sanatorium am Königspark in Dresden-Loschwitz, wo ich bis 31. Dezember 1931 blieb. — Nach $1^1/_4$-jähriger Vorbereitung legte ich an der Deutschen Oberschule in Zehlendorf die Reifeprüfung ab und begann mit Beginn des Sommersemesters 1933 das Studium der Medizin an der Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin. Nach 5 Semestern bestand ich die ärztliche Vorprüfung, verbrachte auch die klinischen Semester in Berlin und legte im November 1938 das Staatsexamen ab.